اهمیت سلامت از دیدگاه مردم ایران

محمود طاووسی*[1]، ژیلا صدیقی[2]، فرانک فرزدی[3]، مهدی عبادی[1]، سپیده امیدواری[4]، سیدعلی آذین[1]، کتایون جهانگیری[2]، افسون آیین پرست[3]، فرزانه مفتون[3]، علی اصغر هدایتی[4]، علی منتظری[4]

۱. گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۲. گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۳. گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۴. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۱ صص ۶۱۹-۶۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۸ خرداد ۹۱]

چکیده

اهمیت به سلامت می‌تواند پایه‌ای برای مراقبت از خود و در نهایت دست یافتن به درجات مطلوبی از سلامت در افراد باشد. در این مطالعه مقطعی، میزان گزارش مردم از اهمیت خود به سلامت در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. تعداد ۲۷۸۸۳ نفر از ایرانیان (۴۸/۸ درصد مرد و ۵۰/۴ درصد درصد زن) در این مطالعه شرکت کرده که میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان (۱۱/۸) ۳۲/۷ سال بود. در این مطالعه شرکت کنندگان در پاسخ به یک سؤال ۵ گزینه‌ای میزان اهمیت خود به سلامت را تعیین کردند. به طور کلی ۷۰ درصد از مردم در این مطالعه مشخص کردند که به میزان زیاد و خیلی زیاد به سلامت خود اهمیت می‌دهند. بر اساس نتایج ساکنان استان‌های زنجان، ایلام و پس از آن‌ها استان‌های خوزستان، اردبیل و آذربایجان شرقی بیشترین و ساکنان استان‌های یزد و لرستان، کمترین اهمیت را به سلامت خود داده و تهران از این حیث در حد میانگین کشوری بود.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون رگرسیون لجستیک میزان عدم اهمیت به سلامت در میان زنان و مردان تفاوت معنادار نداشت، اما بخت عدم اهمیت به سلامت به ازای افزایش هر سال سن حدود ۱ درصد افزایش و به ازای افزایش هر سال به تحصیلات حدود ۲ درصد کاهش نشان داد. همچنین بخت عدم اهمیت به سلامت در مراکز استان‌ها نسبت به شهرهای کوچک‌تر، حدود ۱۲ درصد بیشتر بوده و نیز بخت عدم اهمیت به سلامت در افراد مطلقه (وهمسر فوت شده) نسبت به افراد متأهل حدود دو برابر بود. یافته‌های این مطالعه تصویر قابل تأملی از توجه و عدم توجه به سلامت در اقشار گوناگون و مناطق مختلف کشور به دست می‌دهد. به نظر می‌رسد توجه به این یافته‌ها می‌تواند در شناخت مردم و همچنین طراحی برنامه‌ها و مداخلات مرتبط با سلامت مفید واقع گردد.

کلیدواژه‌ها: اهمیت به سلامت، ایرانیان، سلامت

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: tavousi@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

مقدمه

وقتی از مردم سؤال شود چرا سلامتی مهم است، عده زیادی قادر به پاسخ دادن به این سؤال نیستند. دلیل این امر را شاید بتوان به عدم آگاهی آن‌ها از علت مهم بودن سلامت و متعاقب آن عدم مراقبت شایسته از خود دانست. دلایلی دیگر نیز وجود دارد که از آن جمله می‌توان به کار زیاد و ترجیح عملی آن به سلامت اشاره کرد. امری که باعث می‌شود افراد گاه در اثر کار زیاد و از دست رفتن سلامتی به دام بیماری یا ناتوانی افتاده و برای مدت‌های طولانی کار را ترک کنند. برای مثال عده کمی از مردم پی برده‌اند که وقتی کم می‌خوابند از کارایی آن‌ها کم می‌شود [۱].

سلامت عموماً می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان زندگی محسوب شود، اما هنوز بسیاری از مردم به اموری می‌پردازند که نشان دهنده عدم اولویت سلامتی در زندگی آن‌ها است. به عنوان نمونه از غذاها و نوشیدنی‌هایی که ارزش غذایی کمی داشته و آثار مخربی دارد، استفاده می‌کنند. آن‌ها در فرصت‌هایی که پیدا می‌کنند به سرگرمی‌های مختلف می‌پردازند، اما در خصوص انجام ورزش و یا صرف وقت برای یادگیری آنچه برای حصول و حفظ سلامتی آن‌ها مفید است وقت نمی‌گذارند، بودجه خود را برای موارد حاشیه‌ای صرف می‌کنند، اما برای تغذیه سالم، هزینه کمتری صرف می‌کنند [۲].

هنگامی که موضوع سلامت به میان می‌آید، تفاوت‌هایی در ادراکات زنان و مردان نسبت به سلامت مشاهده می‌شود. تحقیقات نشان داده است که جنسیت، ادراکات در خصوص شیوه زندگی سالم و ناسالم را متأثر می‌کند [۳] و تفاوت جنسیتی موجب تفاوت در تصمیمات مربوط به سلامت می‌شود [۴]. زنان بیش از مردان در پی کسب اطلاعاتی در خصوص پیشگیری از بیماری‌ها هستند [۵] و بیش از مردان در قبال سلامتی، احساس مسئولیت کرده و دغدغه سلامتی خود را دارند [۷-۶].

عوامل دیگری از جمله سن، تحصیلات، سطح درآمد و حتی شهر محل سکونت و غیره می‌تواند در نحوه و میزان اهمیت به سلامت تأثیر گذار باشد. برای مثال برخی از مطالعات نشان داده است که ارزش نسبی سلامت با افزایش سن کاهش می یابد [۸] و یا این که تحصیلات کرده‌ها کمتر سیگار می‌کشند [۹].

از آنجا که میزان اهمیت افراد به سلامت، در نحوه مراقبت از خود و دست یابی به درجات بالاتری از سطوح سلامت مؤثر بوده و ارتقای آن موجب تسهیل در مشارکت افراد در برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت می‌شود، محققان در این مطالعه دیدگاه ایرانیان در خصوص اهمیت به سلامت و عوامل مؤثر بر آن را بررسی نموده‌اند.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بوده و جمعیت هدف آن عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است.

حجم نمونه با احتساب α=٪۵ ، $Z1-\alpha/2$=۱/۹۶ ، P=٪۵۰ و d=٪۵ برای هر استان مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد و جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect=۲ و ۳۰ استان (در زمان مطالعه) برابر ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند. داده‌ها توسط یک پرسشنامه جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه توسط پرسشگران تکمیل شده است. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان و سؤالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. روایی پرسشنامه به صورت روایی محتوی، با استفاده از نظرات حدود ۱۵ نفر از متخصصان بررسی شد. جزئیات بیشتر، پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۰].

در این مقاله روابط بین متغیر اصلی یعنی میزان اهمیت به سلامت، با متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سطح در آمد و شهر محل سکونت (شهرهای هر استان بر اساس معیارهایی از جمله جمعیت به سه درجه تقسیم شدند) با استفاده از رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت. افراد تحت مطالعه به سؤالات این پرسشنامه به صورت خود ـ گزارشی پاسخ دادند. شرکت کنندگان به سؤال اصلی این پرسشنامه «آیا به سلامت خود اهمیت می‌دهید؟» در یک طیف لیکرت پنج گزینه‌ای «بسیار زیاد»، «زیاد»، "«نه کم و نه زیاد»، «کم/بسیارکم» و «اصلاً» پاسخ دادند. از این سؤال در مقاله حاضر تحت عنوان متغیر «میزان اهمیت به سلامت» یاد شده است. در بررسی روابط در روش رگرسیون لجستیک، متغیر فوق به صورت دو حالتی اهمیت و عدم اهمیت در نظر گرفته شده که پاسخ‌های مربوط به گزینه‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

«بسیار زیاد» و «زیاد» یعنی «اهمیت دادن» به عنوان گزینه مرجع در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه مقطعی ۲۷۸۸۳ نفر در کشور ایران در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی جمعیت مورد مطالعه به ترتیب ۳۲/۷ و ۱۱/۸سال و میانگین و انحراف معیار مدت تحصیل آن‌ها به ترتیب ۱۱ و ۴/۴ سال بود. سایر مشخصات جمعیتی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی افراد و متغیرهای تحت بررسی (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۳۶۱۹	۴۸/۸
زن	۱۴۰۴۵	۵۰/۴
بدون پاسخ	۲۱۹	۰/۸
وضعیت تأهل		
مجرد	۳۵/۹	۹۹۹۶
متأهل	۶۰/۴	۱۶۸۵۰
مطلقه	۱	۲۶۹
بیوه	۱/۸	۵۰۵
بدون پاسخ	۳۵/۹	۹۹۹۶
سطح درآمد		
بسیار خوب	۱۰	۲۷۸۳
خوب	۱۴/۲	۳۹۶۸
نه خوب، نه بد(متوسط)	۴۱/۶	۱۱۵۹۹
بد	۲۷/۲	۷۵۸۰
بسیار بد	۳/۳	۹۳۰
بدون پاسخ	۳/۷	۱۰۲۳
شهر محل اقامت *		
رده ۱	۱۵۶۰۸	۵۶
رده ۲	۶۷۴۹	۲۴/۲
رده ۳	۵۵۲۳	۱۹/۸
بی پاسخ	۳	-
اهمیت به سلامت		
بسیار زیاد	۶۳۵۵	۲۲/۸
زیاد	۱۳۰۶۱	۴۶/۸
نه زیاد، نه کم	۶۶۹۰	۲۴
کم/ بسیار کم	۱۲۵۷	۴/۵
اصلاً	۳۵۹	۱/۳
بی پاسخ	۱۶۱	۰/۶

* شهرهای هر استان بر اساس معیارهایی از جمله جمعیت به سه رده تقسیم شدند.

طبق نتایج این مطالعه ۶۹/۶ درصد (۱۹۴۱۴ نفر) از جمعیت کشور گزارش دادند که به میزان «زیاد» و «بسیار زیاد» و ۲۸/۵ درصد (۷۹۴۷ نفر) در حد «کم/بسیار کم» و «نه زیاد، نه کم» به سلامتی خود اهمیت می‌دهند و صرفاً حدود ۱/۳ درصد (۳۵۹ نفر) تعیین کرده‌اند که «اصلاً» به سلامتی خود اهمیت نمی‌دهند. حدود ۰/۶ درصد از جمعیت (۱۶۱ نفر) نیز به این سؤال پاسخ ندادند (جدول شماره ۱).

نتایج بررسی ارتباط بین میزان «عدم اهمیت به سلامت» با سایر متغیرها در الگوی رگرسیون لجستیک در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود در حالت آزمون تک متغیری، متغیر وابسته یعنی «عدم اهمیت به سلامت» با همه متغیرهای مستقل ارتباط معنی‌دار دارد؛ اما در حالت آزمون چند متغیری بر اساس یافته‌ها صرفاً متغیر جنسیت با متغیر وابسته رابطه معنادار ندارد (P=۰/۹۹۶).

یافته‌ها نشان داد که بخت عدم اهمیت به سلامت به ازای افزایش هر سال برای سن حدود ۱ درصد افزایش (OR=۱/۰۱) یافته و به ازای افزایش هر سال به تحصیلات حدود ۲ درصد کاهش یافته است (OR=۰/۹۸). این نتایج نشان دادند که شانس عدم اهمیت به سلامت در افراد مطلقه (و همسر فوت شده) نسبت به افراد متأهل، حدود دو برابر (OR=۱/۹۰) است. رابطه گروه مجردها با افراد متأهل معنادار نبود.

همچنین بخت عدم اهمیت به سلامت افراد با سطوح درآمد «بسیار بد»، «بد» و «نه خوب، نه بد» نسبت به افراد با سطح درآمد «بسیار خوب» به ترتیب به میزان ۲/۲۶، ۲/۱۰ و ۱/۶۲ برابر بود.

بر اساس یافته‌ها بخت عدم اهمیت به سلامت در افراد ساکن شهرهای کوچکتر (درجه ۳) نسبت به افراد ساکن مراکز استان‌ها (شهرهای درجه ۱) ۱۲ درصد کاهش داشت (OR=۰/۸۸) و این اختلاف در خصوص افراد ساکن شهرهای کوچک (درجه ۲) غیرمعنادار بود (جدول شماره ۲).

همچنین در مقایسه میانگین میزان اهمیت به سلامت در استان‌های سراسر ایران، استان‌های زنجان و ایلام بالاترین و استان‌های یزد و لرستان، پایین‌ترین میانگین میزان اهمیت به سلامت را گزارش کردند (جدول شماره۳ و نمودار شماره ۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

جدول شماره ۲- میزان اهمیت به سلامت تعیین شده توسط افراد مورد مطالعه به تفکیک استان و در کل کشور

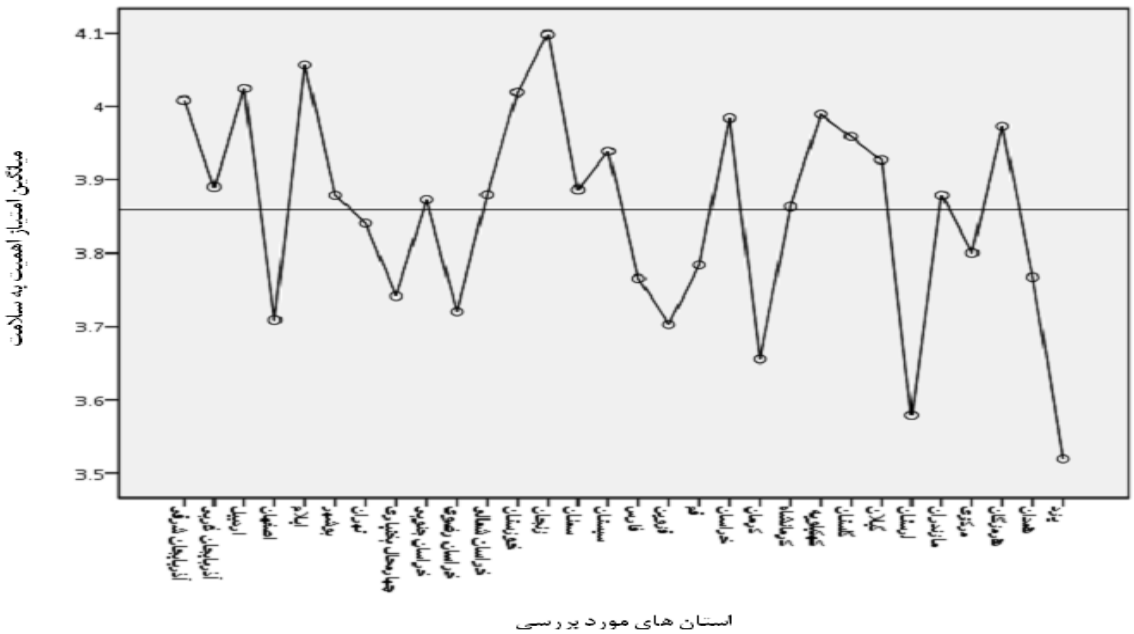
استان	تعداد (نفر)	میـــــــــانگین (انحراف معیار)	خیلی زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه زیاد/نه کم (درصد)	کم/ بسیار کم (درصد)	اصلاً (درصد)	سطح معناداری
آذربایجان شرقی	۹۵۶	۴/۰۱(۰/۷۴۴)	۲۳/۵	۵۷/۷	۱۵/۳	۲/۹	۰/۵	<۰/۰۰۱
آذربایجان غربی	۹۶۵	۳/۸۹(۰/۸۳۶)	۲۳/۶	۴۷/۲	۲۴/۹	۳/۳	۱	۰/۲۶۳
اردبیل	۱۱۱۷	۴/۰۲(۰/۷۵۴)	۲۶/۹	۵۰/۹	۲۰/۲	۱/۶	۰/۴	<۰/۰۰۱
اصفهان	۹۷۶	۳/۷۱(۰/۹۱۲)	۱۹/۴	۴۲/۲	۳۰/۲	۶/۴	۱/۸	<۰/۰۰۱
ایلام	۸۱۶	۴/۰۶(۰/۸۳۶)	۳۲/۱	۴۶/۱	۱۸/۳	۲/۵	۱/۱	<۰/۰۰۱
بوشهر	۹۷۵	۳/۸۸(۰/۸۷۳)	۲۴/۴	۴۵/۹	۲۴/۲	۴	۱/۴	۰/۴۹۷
تهران	۱۱۷۴	۳/۸۴(۰/۸۹۶)	۲۳/۴	۴۵/۴	۲۴/۸	۴/۶	۱/۸	۰/۴۶۱
چهارمحال و بختیاری	۹۴۸	۳/۷۴(۰/۹۲۴)	۲۰/۶	۴۳/۶	۲۷/۲	۶/۸	۱/۹	<۰/۰۰۱
خراسان جنوبی	۹۶۸	۳/۸۷(۰/۷۷۸)	۲۰/۴	۵۰/۳	۲۶/۲	۲/۵	۰/۶	۰/۶۰۵
خراسان رضوی	۹۴۶	۳/۷۲(۰/۹۱۷)	۱۷/۸	۴۸/۳	۲۴/۴	۷/۲	۲/۳	<۰/۰۰۱
خراسان شمالی	۸۵۷	۳/۸۸(۰/۸۶۵)	۲۳/۹	۴۷	۲۳/۵	۴/۳	۱/۳	۰/۵۰۳
خوزستان	۹۹۹	۴/۰۲(۰/۸۷۸)	۳۱/۶	۴۴/۷	۱۹/۲	۲/۷	۱/۷	<۰/۰۰۱
زنجان	۹۶۹	۴/۱۰(۰/۷۷۳)	۳۱/۳	۵۰/۶	۱۵/۵	۲/۱	۰/۶	<۰/۰۰۱
سمنان	۸۴۷	۳/۸۹(۰/۸۳۴)	۲۳/۳	۴۸/۱	۲۳/۴	۴/۷	۰/۶	۰/۳۵۳
سیستان و بلوچستان	۸۶۸	۳/۹۴(۰/۸۱۲)	۲۴/۲	۵۰/۱	۲۲/۴	۲/۱	۱/۳	۰/۰۰۴
فارس	۸۱۹	۳/۷۷(۰/۸۱۰)	۱۵/۸	۵۲	۲۶/۴	۴/۸	۱/۱	<۰/۰۰۱
قزوین	۹۷۰	۳/۷۰(۰/۸۸۵)	۱۶/۶	۴۷/۸	۲۶/۲	۸	۱/۳	<۰/۰۰۱
قم	۶۲۵	۳/۷۸(۰/۸۴۷)	۱۹/۴	۴۶/۴	۲۸/۸	۴/۲	۱/۳	۰/۰۲۵
کردستان	۹۳۹	۳/۹۸(۰/۷۶۸)	۲۵/۵	۵۰/۵	۲۱/۳	۲/۶	۰/۲	<۰/۰۰۱
کرمان	۷۶۹	۳/۶۶(۱/۰۱۴)	۲۱/۵	۳۷/۷	۲۹/۳	۸/۱	۳/۵	<۰/۰۰۱
کرمانشاه	۹۶۱	۳/۸۶(۰/۸۳۷)	۱۹/۵	۵۵/۲	۱۹/۷	۳/۷	۲	۰/۸۹۲
کهگیلویه و بویراحمد	۸۲۲	۳/۹۹(۰/۸۵۸)	۲۸/۳	۴۸/۳	۱۹/۱	۲/۴	۱/۸	<۰/۰۰۱
گلستان	۹۶۸	۳/۹۶(۰/۸۵۶)	۲۸	۴۵/۲	۲۲/۶	۲/۹	۱/۲	<۰/۰۰۱
گیلان	۹۱۹	۳/۹۳(۰/۸۳۹)	۲۵/۸	۴۶	۲۴/۴	۲/۷	۱/۱	۰/۰۱۶
لرستان	۹۸۷	۳/۵۸(۰/۸۳۲)	۱۳/۷	۳۹/۱	۳۸/۹	۸/۱	۰/۲	<۰/۰۰۱
مازندران	۷۲۷	۳/۸۸(۰/۸۷۸)	۲۵	۴۴/۶	۲۵	۴	۱/۴	۰/۵۶۱
مرکزی	۹۰۷	۳/۸۰(۰/۸۸۱)	۲۱/۸	۴۳/۶	۲۹/۲	۳/۶	۱/۸	۰/۰۴۲
هرمزگان	۹۶۸	۳/۹۷(۰/۷۷۵)	۲۵	۵۰/۴	۲۲/۱	۱/۹	۰/۶	<۰/۰۰۱
همدان	۱۰۱۸	۳/۷۷(۰/۹۴۲)	۲۰/۱	۴۹/۸	۱۸/۶	۹/۶	۱/۹	۰/۰۰۲
یزد	۹۴۲	۳/۵۲(۰/۹۳۷)	۱۵	۳۶/۷	۳۵/۱	۱۱/۷	۱/۵	<۰/۰۰۱
کل کشور	۲۷۷۲۲	۳/۸۶(۰/۸۶۵)	۲۲/۹	۴۷/۱	۲۴/۱	۴/۵	۱/۳	-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

جدول شماره ۳- عوامل مؤثر بر عدم اهمیت به سلامت از دیدگاه مردم (n=۲۷۸۸۳)

	تک متغیره			چند متغیره		
	میزان بخت	فاصله اطمینان ۹۵٪	سطح معناداری	میزان بخت	فاصله اطمینان ۹۵٪	سطح معناداری
سن (سال)	۱/۰۱۹	۱/۰۱۷-۱/۰۲۱	۰/۰۰۱	۱/۰۱۳	۱/۰۱۰-۱/۰۱۶	۰/۰۰۱
جنسیت						
مرد	۱ (ref.)	-	-	۱ (ref.)	-	-
زن	۱/۰۶۶	۱/۰۱۳-۱/۱۲۳	۰/۰۱۵	۰/۹۹۶	۰/۹۴۲-۱/۰۵۳	۰/۸۸۸
تأهل						
متأهل	۱ (ref.)	-	-	۱ (ref.)	-	-
مجرد	۰/۷۶۴	۰/۷۲۲-۰/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۰/۸۶۶-۱/۰۰۲	۰/۰۵۶
مطلقه / همسر فوت کرده	۲/۴۰۶	۲/۰۸۰-۲/۷۸۲	۰/۰۰۱	۱/۹۰۹	۱/۶۳۲-۱/۲۳۴	۰/۰۰۱
تحصیلات (به سال)	۰/۹۵۴	۰/۹۴۹-۰/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵	۰/۹۷۸-۰/۹۹۲	۰/۰۰۱
سطح درآمد						
بسیارخوب	۱ (ref.)	-	-	۱ (ref.)	-	-
خوب	۱/۱۴۷	۰/۹۷۱ -۱/۳۵۵	۰/۱۰۷	۱/۱۵۳	۰/۹۶۸-۱/۳۷۳	۰/۱۱۱
نه خوب / نه بد	۱/۶۴۴	۱/۳۹۷-۱/۹۳۵	۰/۰۰۱	۱/۶۲۱	۱/۳۶۵-۱/۹۲۴	۰/۰۰۱
بد	۲/۱۸۰	۱/۸۳۷-۲/۵۸۵	۰/۰۰۱	۲/۱۰۰	۱/۷۵۴-۲/۵۱۵	۰/۰۰۱
بسیار بد	۲/۲۰۵	۱/۸۵۰-۲/۶۲۹	۰/۰۰۱	۲/۲۶۱	۱/۸۷۷-۲/۷۲۳	۰/۰۰۱
شهر محل سکونت *						
درجه یک	۱ (ref.)	-	-	۱ (ref.)	-	-
درجه دو	۰/۹۳۴	۰/۸۷۷-۰/۹۹۵	۰/۰۳۴	۰/۹۴۸	۰/۸۸۶-۱/۰۱۵	۰/۱۲۷
درجه سه	۰/۹۵۹	۰/۸۹۶-۱/۰۲۵	۰/۲۱۷	۰/۸۸۸	۰/۸۲۷-۰/۹۵۵	۰/۰۰۱

* شهرهای هر استان بر اساس معیارهایی از جمله جمعیت به سه رده تقسیم شدند.



نمودار شماره ۱- میانگین امتیاز میزان اهمیت به سلامت تعیین شده توسط افراد مورد مطالعه در استان‌های مختلف کشور *

* خط مرجع بر اساس میانگین امتیاز میزان اهمیت به سلامت تعیین شده توسط افراد مورد مطالعه در کشور رسم شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که حدود ۶۹/۶ درصد از ایرانیان شرکت کننده در این مطالعه اظهار نموده‌اند که به سلامت خود به میزان «خیلی زیاد» و «زیاد» اهمیت می‌دهند و نیز ۲۴ درصد از افراد این میزان را در حد «نه کم و نه زیاد» تعیین کرده‌اند. این یافته به این معنا است که در مجموع، شهروندان ایرانی در حد مطلوبی به سلامت خود اهمیت می‌دهند. این امر می‌تواند انگیزه و امیدواری دست اندر کاران حوزه سلامت را برای اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت افزایش دهد.

از یافته‌های قابل تأمل در خصوص میزان اهمیت به سلامت در استان‌های کشور، قرار داشتن شهروندان تهرانی در حدود میانگین کشوری است. کلان شهر تهران با توجه به این که از اقوام و فرهنگ‌های گوناگون کشور، نمایندگانی را در خود جای داده است، به نوعی نماینده کل کشور در ارزیابی‌های سلامت محسوب می‌شود. این یافته با نتایج برخی دیگر از بررسی‌های کشوری مانند مطالعه سلامت خودگزارشی [۱۱] و مطالعه میزان رضایت مردم از خدمات بهداشتی ـ درمانی [۱۲] مطابقت دارد.

نتایج آزمون معناداری ارتباطات بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل در دو حالت آزمون تک متغیره و چند متغیره در رگرسیون لجستیک به علت اثرات تعدیلی متغیرها بر یکدیگر تا حدودی متفاوت نشان داد؛ به این ترتیب که متغیر جنسیت به رغم داشتن ارتباط معنادار در آزمون تک متغیری در آزمون چند متغیری معنادار نشان نداد. این تفاوت در خصوص متغیر سکونت در شهرهای رده ۲ و ۳ نسبت به شهر رده ۱ معکوس شده است؛ یعنی در حالت تک متغیره رابطه شهر رده ۲ با شهر درجه ۱ و در حالت چند متغیره رابطه شهر درجه ۳ با شهر درجه ۱ معنادار شده است.

در مقایسه میزان اهمیت به سلامت در میان مردان و زنان، یافته‌ها حاکی از اختلاف غیرمعنادار در میان این دو گروه بود. به عبارت دیگر بخت عدم اهمیت به سلامت در میان مردان و زنان یکسان نشان داده شد.

در برخی از مطالعات، مشابه مطالعه حاضر، بر عدم تفاوت معنادار بین زنان و مردان در مورد اهمیت به سلامت صحه گذاشته شده است. از جمله در مطالعه صدیقی و همکاران در مورد توجه به تغذیه که می تواند به عنوان شاخصی برای اهمیت به سلامت مفروض گردد [۱۳]. اما نتایج تحقیقات متعدد دیگر مغایر یافته فوق است. زیرا زنان و مردان دیدگاه‌های متفاوتی در خصوص رفتار سالم دارند [۱۴] و پیش بینی این است که باید در ارزیابی و نیز گزارش میزان اهمیت به سلامت متفاوت باشند. در بررسی دیدگاه‌ها و رفتارهای متفاوت دو جنسیت در حیطه‌های گوناگون حوزه سلامت، به تحلیل‌های متفاوتی دست می‌یابیم؛ که غالباً با یافته‌های مطالعه حاضر تطابق ندارد. نتایج برخی از مطالعات نشان می دهد که مردان احتمال در خطر بودن در قبال بیماری‌ها، آسیب‌ها و دیگر مشکلات بهداشتی را کمتر از زنان درک می‌کنند [۱۴] و این زنان هستند که بیشتر از مردان داوطلب بررسی سالانه سلامت بوده و متمایل‌تر به تعقیب توصیه‌های پزشک و شرکت در جلسات آموزشی ذی‌ربط هستند [۵]، لذا وقتی اطلاعات و هوشیاری لازم را به دست می‌آورند، برای انجام بررسی سلامت و نیز غربالگری‌ها (مانند ماموگرافی و غیره) تمایل بیشتری از خود نشان می‌دهند [۱۶، ۱۵] و چون زنان احتمالاً بیش از مردان در طلب منابع مراقبت بهداشتی و اطلاعات ذیربط بوده و دانش پذیرتر از مردان در خصوص سلامت به ویژه سلامتی خودشان هستند [۱۷]، بیشتر در برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت مشارکت می‌کنند. بر اساس نتایج یک مطالعه، زنان بیشتر احتمال دارد که در مقایسه با مردان فشار خون خود را اندازه بگیرند. مطالعه اخیر نشان داد که جنسیت به طور معنادار جستجوی اطلاعات (در خصوص سلامت) را متأثر می‌کند. برای مثال، مردان علاقمند نیستند مانند زنان در خصوص دیابت، استئوپروز، وضعیت چشم‌ها، چاقی یا اختلالات خلقی مانند اضطراب و افسردگی مطلع شده و برای پیشگیری یا درمان آن‌ها در خود اقدام کنند [۵]. در مطالعه دیگری در میان دانشجویان سوئدی نیز نشان داده شد که زنان عادات بهداشتی بهتری در تغذیه، ورزش و آشامیدن دارند؛ در حالی که مردان به اضافه وزن گرایش داشته و کمتر به تغذیه سالم توجه دارند [۱۸].

اگر نتایج و یافته‌های فوق در راستای اقدام افراد برای حفظ و ارتقای آن و نیز پیشگیری از بیماری‌ها از جمله شاخص‌های اهمیت به سلامت محسوب شود، در این صورت غالب این اطلاعات مبتنی است بر بالاتر بودن میزان اهمیت به سلامت در زنان نسبت به مردان؛ که با آنچه در این مطالعه به دست آمده متفاوت است. در خصوص تفاوت یافته مطالعه حاضر با مفروضات و یافته‌های علمی فوق‌الذکر، در ابتدا باید اشاره کرد که احتمال افتراق بین متغیر خودگزارشی اهمیت به سلامت و اقدام برای حفظ و ارتقای آن دور از ذهن نیست. این امر به خصوص با مرور سوابق رفتاری مردان قابل توجیه است. آن‌ها به رغم داشتن دیدگاه مطلوب در خصوص

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

سلامت، آن را عملاً در اولویت قرار نمی‌دهند. پیشرو بودن مردان در مصرف سیگار، الکل و دیگر مواد غیرمجاز که برای سلامتی خطرناک هستند [۱۹، ۹] و نیز رفتار مشابه در حساسیت کمتر پسران در خصوص مواجهه با اشعه خورشید و ابتلا به سرطان پوست نسبت به دختران مؤید این مطلب است. وفق گزارش محققان، مردان و پسران احتمالاً کمتر از زنان و دختران خود را در معرض خطر بیماری، آسیب و دیگر مشکلات بهداشتی می‌دانند و زنان و دختران در خصوص خطرات حساس‌ترند [۱۴].

همچنین باید به یاد داشت که زنان در هنگام پاسخ به سؤالات بررسی در خصوص سلامتی خود دقیق‌ترند [۱۷] و در نقطه مقابل، مردان دقت کمتری در این خصوص دارند. برای مثال در مطالعه‌ای در میان فارغ‌التحصیلان ارشد یک کالج نشان داده شد که دانشجویان پسر دقت کمتری در خصوص گزارش اضافه وزن خود دارند [۲۰]. لذا ممکن است نتایج متفاوت گزارش اهمیت به سلامت در این مطالعه با مفروضات علمی مربوط به عدم دقت مردان در این خصوص باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که با افزایش گروه سنی بخت عدم اهمیت به سلامت افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج برخی از مطالعات دیگر تطبیق دارد. برای مثال در مطالعه عبادی و همکاران [۹]که در آن نشان داده شد که به ازای افزایس یک سال سن بخت کشیدن سیگار ۲ در صد بیشتر می‌شود و یا در مطالعه صدیقی و همکاران [۱۳] در خصوص توجه به تغذیه که نشان داده شد با افزایش سن توجه به تغذیه کاهش یافته است

مطالعات دیگری با ارائه نتایجی در خصوص رفتارهای مرتبط با اهمیت دادن به سلامت، رویکردی معکوس به نمایش گذاشته‌اند. برای مثال، یافته‌های یک مطالعه نشان داد که شرکت کنندگان بالای ۵۱ سال بیش از جوان‌ترها مشارکت در غربالگری‌های سلامت مانند ماموگرافی، بررسی پروستات، سطح کلسترول، بررسی فشار خون و قند خون گزارش کرده و جستجوی برای جذب اطلاعات در شرکت کنندگان بالای ۵۱ سال نسبت به شرکت کنندگان کمتر از ۳۰ سال بیشتر بود [۵]. نتایج فوق اگرچه بر معناداری ارتباط بین متغیر اهمیت به سلامت با سن مهر تأیید می‌زنند، اما این رابطه را به عکس یافته‌های مطالعه حاضر معکوس نشان داده‌اند. در تحلیل این مغایرت، باید متذکر شد که مسن‌ترها ممکن است به اقتضای گروه سنی و رویدادهای فیزیولوژیک ذی‌ربط مراجعه بیشتری به مراکز درمانی داشته باشند و این رفتارها ارتباط کاملی با موضوع اهمیت به سلامت نداشته باشد و همانطور که قبلاً نیز اشاره شد، ممکن افتراق مفروض ما بین خودگزارشی از میزان اهمیت به سلامت و اقدامات عملی در راستای حفظ و ارتقای سلامت در این میان تأثیرگذار شده باشد. به عبارت دیگر ممکن است عوامل دیگری غیر از شاخص اهمیت به سلامت منجر به انجام یا عدم رفتارهای مذکور شود.

وفق نتایج این مطالعه، تحصیلات نیز با میزان اهمیت به سلامت رابطه معنادار داشته و با افزایش سطح تحصیلات، میزان بخت عدم اهمیت به سلامت کاهش یافته است. مشابه این یافته در خصوص نتیجه مطالعه عبادی و همکاران [۹]در خصوص رفتار کشیدن سیگار که از معیارهای عدم اهمیت به سلامت است، نشان داده شد. یعنی این که رابطه سطح تحصیلات با سیگار کشیدن معکوس بوده و با هر واحد افزایش در تحصیلات، بخت سیگار کشیدن ۵ درصد کاهش یافته است.

از دیگر نتایج این مطالعه تاثیر تأهل بر میزان بخت عدم اهمیت به سلامت بود. به عبارت دیگر متأهل بودن شانس عدم اهمیت به سلامت را نسبت به مجردان و مطلقه (و همسر فوت شده‌ها) کاهش می‌دهد. وضعیت تأهل و سلامت از موضوعات مورد علاقه در مطالعات اخیر با تمرکز بر تفاوت میزان مرگ و میر در افراد بالغ متأهل و غیر متأهل بوده است. بر اساس نتایج تحقیقات افراد متأهل، کمتر ممکن است به طرف کشیدن سیگار، مصرف مشروبات و دیگر مشکلات مربوط به سلامت ـ که می تواند ناشی از مهم یا بی اهمیت بودن سلامت در نزد افراد باشد ـ کشیده شوند [۲۱]. یکی از علل کاهش بخت عدم اهمیت به سلامت در افراد متأهل، کمک و مشارکت همسر (وحتی فرزندان) آن‌ها در حفظ و ارتقای سلامت و نیز مهم جلوه نمودن سلامت است.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد که هر چه سطح درآمد کاهش پیدا کند، بخت عدم اهمیت دادن به سلامت افزایش خواهد داشت؛ به طوری که افراد با سطح درآمد خیلی بد ۲/۲۶۱ برابر شانس عدم اهمیت به سلامت نسبت به افراد با سطح درآمد بسیار خوب دارند. همانطور که پیشتر گفته شد، اگر اهمیت دادن به تغذیه را شاخصی برای اهمیت دادن به سلامت بدانیم، یافته مطالعه صدیقی و همکاران[۱۳] نشان داد که هرچه سطح درآمد بالاتر رفته، توجه به تغذیه بهتر شده است.

وفق نتایج مطالعه حاضر، بخت عدم اهمیت به سلامت در ساکنان شهرهای رده ۳ نسبت به ساکنان شهرهای رده یک کمتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

یعنی ساکنان شهر های درجه ۳ بیشتر به سلامت خود اهمیت می‌دهند. تحلیلی قابل ارائه در این مورد می‌تواند این باشد که ساکنان شهرهای بزرگ (مراکز استان‌ها) از سطح انتظار بالاتری در خصوص سلامت برخوردار بوده و بر اساس همین سطح انتظار میزان اهمیت به سلامت را در خود پایین ارزیابی و تعیین می‌کنند.

یافته‌های این مطالعه ضمن نشان دادن تأثیر پذیری متغیر اهمیت به سلامت از متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، تحصیلات، سطح درآمد و وضعیت تأهل و وضعیت شهر محل سکونت، تصویر قابل تأملی از توجه و عدم توجه به سلامت در اقشار گوناگون و مناطق مختلف کشور به دست می‌دهد. به نظر می‌رسد توجه به این یافته‌ها می‌تواند در طراحی برنامه‌ها و مداخلات مرتبط با سلامت مفید واقع گردد.

سهم نویسندگان

محمود طاووسی: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده‌اند و سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند. یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم.

جمع‌آوری داده های این مطالعه مرهون همکاری بی‌شائبهٔ رؤسای واحد های استانی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است.

از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاددانشگاهی در تامین بخشی از هزینه های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. بخشی از اعتبارات این طرح نیز از محل اعتبار پژوهش و نوآوری بنیاد ملّی نخبگان در حمایت از دکتر علی منتظری (۱۳۸۹/۱۱/۹-۱۵/۸۲۲۷) تأمین شده است.

بدینوسیله از این سازمان نیز تشکر می‌نماید. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Why is health so important for everyone? Available at: http://www.njnhc.org/why-is-health-so-importantfor-everyone.htm, 1012

2. How important is your health? Available at: http://www.poopdoc.com/articles/how-important-isyour-health.htm, 1012

3. Von Bothmer M. Gender differences in health habitsand in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. Nursing and HealthSciences 2005; 7: 107-18. Retrieved July 23, 2007, from Blackwell Synergy database

4. Nolen-Hoesksema S. Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. The Journal of General Psychology 2006; 133: 357-74 Retrieved July 23, 2007, from psycInfo database

5. Deeks A, Lombard C, Michelmore J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. BMC Public Health 2009; 9: 213

6. Davidson D, Freudenburg W: Gender and environmental risk concerns: a review and analysis of available research. Environment and Behavior 1996; 28: 302-39

7. Siegrist M, Keller C, Kiers HA. A new look at the psychometric paradigm of perception of hazards. Risk Analysis 2005; 25: 211-22

8. Tsuchiya A. The value of health at different ages. University of York. Centre for Health Economics, 2001. Available at: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20184.pdf, 2012

9. Ebadi M, Vahdaninia M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Prevalence of tobacco consumption: Iranian health perception survey. Payesh 2011; 10: 365-72 [Persian]

10. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-22 [Persian]

11. Vahdaninia M, Ebadi M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. How people rate their

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]

own health: a nationwide study from Iran. Payesh 2011; 10: 355-63 [Persian]
12. Farzadi F, Maftoon F, Aeenparast A, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Determinants of satisfaction with health care system: a populationbasedstudy from Iran. Payesh 2011; 10: 323-30 [Persian]
13. Sadighi J, Jahangiri K, Azin A, Omidvari S, Aeenparast A, Ebadi M, et al. Lifestyle and nutrition behaviors among Iranian population. Payesh 2011; 10: 381-90 [Persian]
14. Boehm S, Selues E, Raleigh E, Ronis D, Butler P, Jacobs M. College students perception of vulnerability/susceptibility and desire for health information. Patient Education and Counseling 1993; 21: 77-87
15. Speedy S, Hase S. Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting. The Australian Journal of Rural Health 2000; 8: 208-13
16. Achat H, Close G, Taylor R. Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health related factors. Preventive Medicine 2005; 41: 312-20
17. Idler E. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the Two. The Gerontologist 2003; 43: 372-74. Retrieved July 19, 2007, from ProQuest Psychology Journals database
18. Von Bothmer M, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. Nursing and Health Sciences 2005; 7: 107-18. Retrieved July 23, 2007, from Blackwell Synergy database
19. Flynn J, Slovic P, Mertz C. Gender, race, and perception of environmental health risks. Risk Analysis 1994; 14: 1101-8
20. Gross S, Gary T, Brown C, LaVeist T. Gender differences in body image and health perceptions among graduating seniors from a historically black college. Journal of the National Medical Association 2005; 97: 1608-16. Retrieved July 19, 2007, from ProQuest Psychology Journals database
21. Schoenborn CA. Marital status and health: UnitedStates, 1999-2002. Advance data 2004, 351. Available At: http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad351.pdf, 2012

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.5.5]